

## Por Qué Debe Usted Leer Este Folleto

Tarde o temprano, casi todas las personas que viven en los EE.UU. serán afectadas por Medicare, el principal programa Federal de seguro de salud de la nación. De hecho, si usted paga impuestos, Medicare ya le afecta, porque una porción de sus impuestos se usa para financiar parte del programa de Medicare.

Aunque usted paga por el programa de Medicare durante sus años de trabajo, y probablemente dependa de él en el futuro, es posible que no sepa lo que Medicare ofrece— y lo que no ofrece. La información básica presentada en este folleto le dará una explicación sobre el programa de Medicare. Si quiere más información detallada o está interesado en partes específicas del programa, necesita pedir una copia de *Su Manual de Medicare*, publicado por la Administración para el Financiamiento del Cuidado de Salud. El *Manual* se envía por correo a los beneficiarios de Medicare cuando son elegibles por primera vez a la protección. Vea la Sección 7 para información sobre cómo ordenar el *Manual* y otras publicaciones.

**Nota:** Este folleto no enumera las cantidades de primas, deducibles, pagos de coseguro y otras cantidades que cambian cada año. Para información actual sobre estos pagos, comuníquese con el Seguro Social y pida la hoja informativa, *Seguro Social al Día* (Publicación Núm. 05-10933).

## Lo Que Hay Dentro

*Página*

<b><i>Sección 1--¿Qué Es Medicare? .....</i></b>	<b><i>3</i></b>
<b><i>Sección 2--¿Quién Puede Obtener Medicare y Cómo Inscribirse? .....</i></b>	<b><i>4</i></b>
<b><i>Sección 3--Lo Que Cubre Medicare.....</i></b>	<b><i>9</i></b>
<b><i>Sección 4--Lo Que Medicare No Cubre .....</i></b>	<b><i>12</i></b>
<b><i>Sección 5--Opciones de Medicare.....</i></b>	<b><i>13</i></b>
<b><i>Sección 6--Lo Que Debe Saber Si Tiene Otro Seguro de Salud.....</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b><i>Sección 7--¿Quiere Más Información? .....</i></b>	<b><i>19</i></b>
<b><i>Otras Publicaciones Disponibles.....</i></b>	<b><i>19</i></b>

## Sección 1—¿Qué Es Medicare?

Medicare es el programa de seguro de salud de este país para personas de 65 años de edad o más, ciertas personas incapacitadas menores de 65, y personas de cualquier edad que tienen insuficiencia renal permanente. Provee protección básica contra el costo del cuidado de salud, pero no cubre todos los gastos médicos ni los gastos de cuidado de larga duración. Usted puede escoger una de dos maneras para recibir beneficios bajo el Medicare: el sistema tradicional de pago-por-servicio o el programa de servicios administrados. Para ayudarle a decidir cuál sería la mejor manera para usted, lea la explicación en la Sección 5 de la página 13.

La Administración para el Financiamiento de Cuidado de Salud es la agencia encargada de dirigir el programa de Medicare. Pero nosotros—la Administración de Seguro Social—le ayudamos a inscribirse en el programa y le damos información general de Medicare.

### **Medicare Tiene Dos Partes**

---

Hay dos partes de Medicare. Estas son:

**Seguro de Hospital** ( la “Parte A” de Medicare), que es financiado en parte por el impuesto de nómina FICA que también paga por el Seguro Social; y

**Seguro Médico** (la “Parte B” de Medicare), que es financiado por primas mensuales pagadas por personas que eligen inscribirse.

Si vive en los EE.UU. usted será automáticamente inscrito en la Parte B cuando tenga derecho a la Parte A. Pero, como tiene que pagar una prima mensual por la Parte B, tiene la opción de pagar o renunciar a la protección. Si vive en Puerto Rico, tiene que inscribirse en la Parte B si la desea.

Cada parte de Medicare cubre diferentes clases de costos médicos, tiene diferentes reglas acerca de la inscripción, y otras diferencias. Debido a estas diferencias, las dos partes del programa de Medicare se describen por separado en varias secciones de este folleto.

---

## **Unas Palabras Sobre Medicaid**

---

Muchas personas creen que Medicaid y Medicare son dos nombres diferentes para el mismo programa. En realidad, son dos programas diferentes. Medicaid es un programa dirigido por el Estado que se creó principalmente para ayudar a las personas que tienen bajos ingresos y pocos o ningún recurso. Aunque el gobierno Federal ayuda a pagar por Medicaid, cada Estado tiene sus propias reglas sobre quién es elegible y qué se cubre bajo Medicaid. Algunas personas califican para ambos Medicare y Medicaid. Para más información sobre el programa de Medicaid, comuníquese con su oficina local de servicios sociales o de bienestar público.

## **Sección 2—¿Quién Puede Obtener Medicare y Cómo Inscribirse?**

### **Seguro De Hospital**

---

#### **Si Usted Tiene 65 Años O Más**

La mayoría de las personas de 65 años o más son elegibles al seguro de hospital de Medicare (Parte A) basado en su propio trabajo—o el de su cónyuge. Usted es elegible a la edad de 65 si:

- recibe beneficios de Seguro Social o retiro ferroviario, **o**
- no recibe beneficios de Seguro Social o retiro ferroviario, pero ha trabajado el tiempo suficiente para ser elegible a esos beneficios, **o**
- tendría derecho a beneficios de Seguro Social basado en el registro de trabajo de su cónyuge, (o cónyuge divorciado) y su cónyuge tiene por lo menos 62 años (su cónyuge no tiene que solicitar beneficios para que usted sea elegible basado en el trabajo de su cónyuge), **o**
- ha trabajado el tiempo suficiente en el gobierno Federal, Estatal o local para estar asegurado para Medicare.

### **Si Tiene Menos De 65 Años**

Antes de la edad de 65, usted es elegible al seguro de hospital de Medicare si:

- lleva 24 meses recibiendo beneficios de Seguro Social por incapacidad , o
- ha trabajado el tiempo suficiente en el gobierno Federal, Estatal o local, y cumple los requisitos del programa de Seguro Social por incapacidad.

Si usted recibe una anualidad por incapacidad de la Junta De Retiro Ferroviario, será elegible al seguro de hospital después de servir un período de espera. (Comuníquese con su oficina de retiro ferroviario para más detalles.)

### **Elegibilidad Para Miembros De La Familia**

Bajo ciertas condiciones, su cónyuge, cónyuge divorciado, viuda/viudo, o padre/madre dependiente puede ser elegible al seguro de hospital cuando él o ella cumpla los 65 años, basado en el registro de trabajo de usted.

También, viudas/viudos incapacitados menores de 65 años, viudas/viudos divorciados incapacitados menores de 65 y los niños incapacitados pueden ser elegibles a Medicare, generalmente después de un período de calificación de 24 meses. (Para viudas/viudos incapacitados, los meses anteriores de elegibilidad a Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) basados en la incapacidad podrían contar para el período de calificación.).

### **Si Padece De Insuficiencia Renal Permanente**

Hay reglas especiales para personas con insuficiencia renal permanente. De acuerdo con estas reglas, usted es elegible para seguro de hospital **a cualquier edad**, si recibe tratamiento regular de diálisis o un trasplante de riñón, y:

- está asegurado o recibe beneficios mensuales bajo el Seguro Social o el sistema de retiro ferroviario, o
- ha trabajado el tiempo suficiente en el gobierno para estar asegurado para Medicare.

Además, su cónyuge o hijo puede ser elegible, basado en el registro de trabajo de usted, si él o ella recibe continuamente tratamiento de diálisis por insuficiencia renal permanente o tuvo un trasplante de riñón, aunque no haya otra persona de la familia que tenga Medicare.

### **Si Usted No Es Elegible Bajo Estas Reglas**

Ciertas personas ancianas o incapacitadas que no califican para el seguro de hospital de Medicare de acuerdo con estas reglas pueden obtenerlo pagando una prima mensual.

### **Seguro Médico De Medicare**

---

Casi cualquier persona de 65 años o más—o menor de 65 pero elegible al seguro de hospital—puede inscribirse en el seguro médico de Medicare pagando una prima mensual. No necesita créditos de trabajo del Seguro Social ni del gobierno para obtener esta parte de Medicare.

Los extranjeros de 65 años o más que no son elegibles para el seguro de hospital deben ser residentes permanentes legalmente admitidos y deben vivir en los EE.UU. por cinco años antes de poder inscribirse en el seguro médico.

### **Ayuda Para Beneficiarios de Medicare Con Pocos Ingresos**

---

Si tiene ingresos y recursos limitados, debe saber de programas que pueden ayudarle a ahorrar dinero. Uno de ellos es el “Beneficiario Calificado de Medicare” o “QMB”. El otro programa es el de “Beneficiario de Medicare de Ingreso Bajo Especificado” o “SLMB”. Ambos programas están dirigidos por la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud y la agencia del Estado que provee asistencia médica a través del programa de Medicaid. Ellos se diferencian en la cantidad de ingreso necesario para elegibilidad a esta ayuda.

Si usted es elegible para ayuda del programa de QMB, el Estado pagará sus primas mensuales de Medicare. No tendrá que pagar los deducibles y coseguros de Medicare, lo cual puede ahorrarle **mucho** dinero. Si califica para el programa de SLMB, su Estado solamente pagará por la prima mensual del seguro médico (Parte B).

La reglas varían de un Estado a otro. En general, usted puede ser elegible para ayuda del programa de QMB o de SLMB si:

- **su ingreso es limitado; y**
- **sus “recursos” no pasan de ciertos límites.**  
(Recursos son cosas que usted posee. Pero algunas cosas no cuentan. Por ejemplo, la casa donde usted vive, y otras cosas, como un automóvil, podrían no contar.)

Solamente su Estado puede decidir si usted tiene derecho a esa ayuda del programa de QMB o de SLMB. Para saber si es elegible, comuníquese con su oficina local o estatal de asistencia médica (Medicaid), servicio social o bienestar público. Para más información general, póngase en contacto con el Seguro Social y pida una copia del folleto, *Medicare: Savings for Qualified Beneficiaries*, (Publicación de HCFA Núm. 02184). (Solamente está disponible en inglés.) Estos dos programas no están disponibles en Puerto Rico.

## **¿Cómo Inscribirse Para Medicare?**

---

Si recibe beneficios de Seguro Social por jubilación o incapacidad, o cheques de retiro ferroviario, nos ponemos en contacto con usted unos meses antes de que sea elegible para Medicare y le daremos la información que necesita para inscribirse.

Si no recibe beneficios, debe ponerse en contacto con nosotros tres meses antes de cumplir los 65 años para inscribirse en Medicare. Usted puede inscribirse aunque no piense jubilarse a los 65 años.

Usted debe comunicarse con el Seguro Social para solicitar Medicare si:

- es viudo/viuda incapacitado de 50 a 65 años pero no ha solicitado beneficios por incapacidad porque ya recibe otro tipo de beneficio de Seguro Social;
- es un empleado gubernamental y se incapacita antes de los 65 años;
- usted, su cónyuge o hijo dependiente tiene insuficiencia renal permanente;
- tenía protección de seguro médico de Medicare en el pasado y se dió de baja; o
- rehusó el seguro médico cuando fue elegible al seguro de hospital.

Inicialmente, usted tiene siete meses para inscribirse en el seguro médico (Medicare Parte B). Este período de siete meses empieza tres meses antes de cumplir los 65 años, incluye el mes en que cumple la edad de 65 y termina tres meses después de ese mes. Si se inscribe durante los tres primeros meses de su período de inscripción, su protección médica empezará con el mes de su elegibilidad. Si se inscribe durante los últimos cuatro meses, su protección empezará de uno a tres meses después de inscribirse. Si no se inscribe durante este período de inscripción inicial, cada año le damos la oportunidad para inscribirse durante un período de inscripción general del 1° de enero hasta el 31 de marzo. Su protección empezará el próximo mes de julio. Su prima mensual aumenta un 10 por ciento por cada período de 12 meses en que pudo haberse inscrito y no lo hizo.

Si tiene 65 años o más y no califica para Medicare, puede comprar la protección de la Parte A, igual que un seguro privado, pagando una prima mensual. Si quiere comprar el seguro de hospital, Parte A, también debe inscribirse en la Parte B y pagar una prima mensual por esa protección. Si espera para comprar el seguro de hospital Parte A, los períodos de inscripción son iguales a los de la Parte B, mencionada arriba.

## Sección 3—Lo Que Cubre Medicare

Las dos partes de Medicare se crearon para ayudar a pagar por diferentes tipos de gastos por servicios de salud. Hay algunas clases de servicios de salud que Medicare no cubre en absoluto. Usted puede obtener información específica sobre los costos de Medicare y la cantidad de los deducibles y “coseguros” llamando al Seguro Social.

### **Seguro De Hospital De Medicare**

---

El seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar servicios de salud a paciente hospitalizado o a paciente interno en una institución de enfermería especializada después de una estancia de hospital; servicios de salud en el hogar y servicios de hospicio. Excepto por servicio de salud en el hogar, cada uno de éstos está sujeto a un período de beneficio, que mide su uso de los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare.

Un período de beneficio empieza el día que usted entra en el hospital. Termina cuando haya estado fuera del hospital u otra institución que principalmente provee servicio especializado por 60 días consecutivos. Si permanece en una institución (que no sea un hospital), el período de beneficio termina cuando usted no haya recibido servicio especializado allí por 60 días consecutivos. No hay límite en el número de períodos de beneficio que puede tener para servicios de hospital o de una institución de enfermería especializada. Pero hay límites especiales que aplican al servicio de hospicio. (Véase “Servicio de Hospicio,” página 11.)

### **Servicio A Paciente Hospitalizado**

Si usted necesita servicios como paciente interno en un hospital, el seguro de hospital ayuda a pagar hasta 90 días en cualquier hospital participante de Medicare durante cada período de beneficio. El seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos durante los primeros 60 días, **excepto por el deducible**. Durante los días 61 a 90, el seguro de hospital paga todos los “servicios cubiertos” **excepto por la cantidad diaria del coseguro**. (Un coseguro es la porción de la cuenta

que el beneficiario tiene que pagar aún después que pague el deducible.)

Si usted está fuera del hospital al menos por 60 días consecutivos, y después vuelve a hospitalizarse, empezará un nuevo período de beneficio—sus 90 días de protección empezarán de nuevo y tendrá que pagar otro deducible.

¿Qué pasa si necesita más de 90 días de hospitalización durante cualquier período de beneficio? Usted puede decidir usar algunos o todos sus “días de reserva.” Los días de reserva son 60 días extras de hospitalización que puede usar si tiene que quedarse en el hospital por más de 90 días. Tiene **sola-mente** 60 días de reserva por vida, y usted puede decidir cuándo los quiere usar. Por cada día de reserva que usa, el seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos **excepto por una cantidad diaria de coseguro.**

### **Servicio En Una Institución De Enfermería Especializada**

Si necesita servicios de enfermería especializada o de rehabilitación como paciente interno después de su hospitalización, y cumple ciertas otras condiciones, el seguro de hospital ayuda a pagar hasta 100 días en una institución de enfermería especializada participante de Medicare en cada período de beneficio.

El seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos durante los primeros 20 días. Durante los próximos 80 días, paga todos los servicios cubiertos **excepto por una cantidad diaria de coseguro.**

**NOTA:** Es importante señalar aquí que Medicare no paga “cuidado de custodia,” cuando ése es el único tipo de cuidado que usted necesita. Cuidado de custodia es el tipo de cuidado que la gente muchas veces recibe en una institución de cuidado de ancianos (“Nursing Home”). Este es un cuidado que **podría** dar una persona sin conocimiento médico (por ejemplo, ayudar a vestirse, caminar o comer).

## **Servicio De Salud En El Hogar**

Si usted está confinado en su casa y cumple ciertas otras condiciones, Medicare puede pagar el costo aprobado completo de visitas de salud en el hogar de una agencia de salud en el hogar participante de Medicare. No hay límite en el número de visitas cubiertas que puede tener.

Si necesita uno o más de los servicios cubiertos, el seguro de hospital también cubre servicios a tiempo parcial o intermitentes de ayudantes de salud en el hogar, terapia ocupacional, terapia física, servicios sociales médicos, y accesorios y equipos médicos. Un copago de 20 por ciento aplica a los equipos médicos duraderos cubiertos (por ejemplo, silla de ruedas, y cama de hospital).

## **Servicio De Hospicio**

Un programa de hospicio provee alivio de dolores y otros servicios de apoyo a personas con enfermedades terminales. El seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar el servicio de hospicio para beneficiarios con enfermedades terminales si lo provee un hospicio certificado por Medicare y se cumplen ciertas otras condiciones.

Hay “períodos de beneficio” especiales que se aplican al servicio de hospicio. El seguro de hospital puede pagar por servicio de hospicio por un máximo de dos períodos de 90 días y un período de 30 días y un período de extensión de duración indefinida cuando el paciente tiene una enfermedad terminal.

## **Beneficios De Seguro Médico**

---

El seguro médico de Medicare ayuda a pagar los servicios de su doctor y muchos otros servicios y suministros médicos que no cubre la parte de seguro de hospital de Medicare, tales como servicios ambulatorios, servicios para pacientes externos, y radiografías.

## **Deducible**

Cada año, antes que el seguro médico de Medicare empiece a pagar por los servicios cubiertos, usted debe pagar el

“deducible” anual del seguro médico. (Un deducible es la cantidad que debe pagar un beneficiario antes que Medicare empiece a pagar.) Después que usted pague el deducible, Medicare generalmente paga el 80 por ciento de los cargos aprobados por servicios cubiertos durante el resto del año.

## Sección 4—Lo Que Medicare No Cubre

Medicare provee protección básica de servicios de salud, pero no paga todos sus gastos médicos. Aquí hay unos ejemplos de lo que Medicare **no** paga:

- “cuidado de custodia”(Es cuidado que **podría** dar razonablemente y con seguridad una persona sin conocimiento de medicina y que se da mayormente para ayudar al paciente en la vida diaria. Por ejemplo, ayuda para caminar, bañarse y vestirse. Aunque usted esté en un hospital participante o una institución de enfermería especializada, o reciba servicio de una agencia participante de salud en el hogar, Medicare **no** cubre el costo del cuidado que es principalmente de custodia.)
- la mayoría de los servicios en una institución de cuidado de ancianos (“nursing home”)
- cuidado dental y dentaduras
- exámenes físicos rutinarios de salud y pruebas relacionadas con estos exámenes (excepto que se cubren unas pruebas, como la de Papanicolau y mamogramas)
- la mayoría de las vacunas (excepto que la Parte B ayuda a pagar por las vacunas de pulmonía y gripe)
- la mayoría de las medicinas recetadas
- cuidado rutinario de los pies
- servicios fuera de los Estados Unidos
- exámenes de los ojos u oídos y el costo de lentes o aparatos para la audición
- artículos de comodidad personal como teléfono o televisión en su cuarto

## Sección 5—Opciones de Medicare

Los beneficiarios de Medicare ahora pueden elegir la manera de recibir los servicios de hospital, médicos y otros servicios de salud cubiertos por el programa. Y, su selección puede afectar la cantidad de dinero que usted paga por estos servicios.

La mayoría de las personas usan el sistema tradicional de “pago por servicio”—visitando el hospital o médico de su preferencia y pagando una cantidad cada vez que usan el servicio. Pero cada vez más personas están escogiendo organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs) que ofrecen servicios comprensivos a través de una red de proveedores de cuidado de salud. La protección de Medicare es la misma bajo los dos sistemas. Las diferencias incluyen cómo los beneficios son provistos, cómo y cuándo los pagos se hacen y la cantidad de gastos requeridos de su “bolsillo”.

### **Sistema De Pago Por Servicio**

---

Bajo el sistema de pago por servicio, Medicare paga un porcentaje fijo de los gastos del beneficiario de hospital, médicos y otros servicios de salud y el beneficiario es responsable por pagar ciertos deducibles y coseguros (la porción de la cuenta que Medicare no paga). La mayoría de las personas cubiertas bajo el plan de “pago por servicio” de Medicare también compra seguros privados—generalmente llamados “Medigap”—o tiene protección de jubilación disponible de su patrono anterior o unión para suplementar su protección de Medicare (vea las páginas 15 a 18).

### **Organizaciones de Mantenimiento De Salud (HMOs)**

---

Los HMOs que tienen contratos con el programa de Medicare tienen que proveer todos los servicios médicos y de hospital cubiertos por Medicare. Pero, normalmente usted tiene que obtener los servicios de la red de proveedores de servicios de salud de su HMO (por ejemplo, doctores, hospitales, instituciones de enfermería especializada).

En la mayoría de los casos, ni el HMO ni Medicare paga por los servicios no autorizados por su HMO (excepto servicios de emergencia o servicios que usted necesita urgentemente cuando está fuera del área de servicio de su HMO).

Si se inscribe en un HMO que tiene un contrato con Medicare, el HMO recibe un pago mensual de Medicare, y usted tendrá que inscribirse en la Parte B de Medicare y seguir pagando la prima mensual de la Parte B. La mayoría de los HMOs cobran una prima mensual a los inscritos además de un copago nominal cada vez que usan el servicio. Normalmente no hay ningún otro costo adicional sin importar las veces que usted visite el doctor, esté hospitalizado, o use otros servicios cubiertos. Los miembros de HMO normalmente **no** necesitan una póliza de Medigap.

Muchos HMOs que tienen contrato con el programa de Medicare también proveen servicios más allá de lo que Medicare paga. Estos incluyen cuidado preventivo, medicinas recetadas, cuidado dental, aparatos para la audición y lentes. Los beneficios varían de un plan a otro y usted necesita leer cada descripción para determinar qué beneficios son ofrecidos bajo cada uno.

### **¿Cree Usted Que Necesita Más Seguros?**

La protección de Medicare bajo el sistema tradicional de “pago por servicio” provee protección básica de salud, pero no puede pagar todos sus gastos médicos y no paga la mayor parte de servicios a largo plazo. Por esta razón, muchas compañías de seguros privados venden seguros para llenar los huecos en la protección de Medicare. Esta clase de seguro muchas veces se llama “Medigap”. Sin embargo, el seguro de Medigap generalmente no es necesario si usa un HMO (vea la sección anterior).

La Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud publica un folleto con información sobre cómo suplementar la protección de Medicare. Se llama “*Guía de Seguros Médicos Para Personas Con Medicare*”, (Publicación de HCFA Núm. 515-Z), y está disponible en cualquier oficina

de Seguro Social o puede escribir a: Medicare Publications,  
Health Care Financing Administration, 7500 Security  
Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

## Sección 6—Lo Que Debe Saber Si Tiene Otro Seguro De Salud

Como hemos explicado, el seguro de hospital de Medicare es gratis, pero usted paga una prima mensual por el seguro médico. Si usted ya tiene otro seguro de salud cuando llegue a ser elegible a Medicare, ¿vale la pena el costo de la prima mensual para inscribirse en el seguro médico de Medicare?

La respuesta varía con el individuo y con la clase del otro seguro de salud. Aunque no podemos darle respuestas de “sí” o “no,” podemos ofrecerle unas sugerencias que pueden ayudarle cuando haga la decisión.

### **Si Tiene Un Plan De Seguro Privado**

---

Comuníquese con su agente de seguros para determinar cómo su plan privado se une—o se “integra”—el seguro médico de Medicare. Esto es especialmente importante si hay miembros de su familia cubiertos bajo la misma póliza. Y acuérdesse, de la misma manera que Medicare no cubre todos los servicios de salud, la mayoría de los planes privados tampoco los cubren. Al planificar su protección de seguro de salud, recuerde que la mayor parte del cuidado en una institución de cuidado de ancianos (“nursing home”) no está cubierto por Medicare ni por ninguna póliza privada de seguro de salud. Una advertencia importante: Para su propia protección, **no cancele el seguro de salud que tiene ahora hasta que en verdad empiece la protección de Medicare.**

### **Si Usted Tiene Un Plan De Salud Colectivo De Un Patrono**

---

En este caso, usted debe estar consciente de unas reglas especiales.

Si tiene 65 años o más y está cubierto bajo un plan de salud colectivo de su propio empleo o por el empleo de su cónyuge, posiblemente pueda demorar la inscripción en el seguro médico de Medicare (Parte B), sin tener que esperar por el período de inscripción general o pagar el recargo del 10 por ciento de la prima debido a la inscripción tarde. Las reglas le permiten:

- inscribirse en la Parte B de Medicare en cualquier momento mientras esté inscrito bajo un plan de salud colectivo; o
- inscribirse en la Parte B durante un período especial de ocho meses que empieza con el mes en que termina su plan de salud colectivo o el mes en que termina el empleo—lo que ocurra primero.

Si se inscribe para la Parte B mientras está cubierto por un plan del patrono o durante el primer mes completo cuando no estuvo cubierto por el plan, usted tiene la opción para comenzar su protección el primer día del mes en que se incriba o la opción de demorar su protección hasta el primer día de los siguientes tres meses.

Si se inscribe durante cualquiera de los ochos meses que queden del período especial de inscripción, su protección empezará el mes después de su inscripción.

Pero, si la protección o el empleo termina durante los últimos cuatro meses del período inicial de inscripción, su protección será demorada de uno a tres meses (vea página 9).

Si no se inscribe para el final del período de ocho meses, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción general, el cual comienza el 1° de enero del próximo año.

**Se requiere por ley que los planes de salud colectivos de los patronos con 20 empleados o más** ofrezcan a los empleados de 65 años (o más) los mismos beneficios de salud que se proveen a los empleados más jóvenes. También deben ofrecer a los cónyuges de 65 años (o más)—de trabajadores de cualquier edad—los mismos beneficios de salud que se dan a cónyuges más jóvenes.

Si tiene 65 años o más y actualmente tiene empleo—o si tiene 65 años o más y es cónyuge de una persona que actualmente está empleada—y acepta el plan de seguro de salud del patrono, Medicare será el **“pagador secundario.”** Esto quiere decir que el plan del patrono paga primero sus cuentas médicas y del hospital. Si el plan del patrono no paga todos sus gastos, puede ser que Medicare pague beneficios secundarios.

Si rechaza el plan de salud del patrono, Medicare será el pagador primario de seguro de salud. **No** se le permite al patrono ofrecerle protección suplemental de Medicare si usted rechaza su plan de salud.

Recuerde que cuando usted se inscribe en la Parte B de Medicare a los 65 años o después, pondrá en marcha su único período de inscripción de Medigap. Si se inscribe en la Parte B mientras esté cubierto bajo un plan del patrono, que es su pagador primario, probablemente no necesite la póliza de Medigap. La Parte B de Medicare será el pagador secundario y el plan de su patrono será el pagador primario. Después, cuando no esté cubierto por el plan de su patrono, usted posiblemente no pueda comprar el plan que desea de Medigap porque su período de inscripción abierta para Medigap ya habrá terminado.

Por otra parte, si demora la inscripción en la Parte B hasta que se aproxime el final de la protección primaria del plan de su patrono, posiblemente pueda usar su período de inscripción abierta para su mayor ventaja. Durante el período de inscripción abierta, puede comprar cualquier plan de Medigap de cualquier compañía con el precio más favorable para el grupo de su edad. Durante este período, usted puede comprar pólizas que cubren medicinas recetadas para pacientes externos. Generalmente estas pólizas no están disponibles fuera del período de inscripción abierta a menos que esté saludable.

**Si tiene menos de 65 años, está incapacitado y está actualmente empleado o es un familiar de una persona empleada y usted tiene protección de salud bajo un “plan de salud colectivo grande”,** Medicare será el pagador secundario. Un

plan de salud colectivo grande es uno que cubre empleados de un patrono o un grupo de patronos en el cual, por lo menos un patrono tiene 100 empleados o más. Si este es el caso, usted también tendrá un período de inscripción especial y derechos sobre las primas que son parecidos a los que tienen los empleados de 65 años o más.

**Si tiene derecho a Medicare debido a una insuficiencia renal permanente y tiene un plan de salud colectivo del patrono**, Medicare será el pagador secundario por los primeros 18 meses de su elegibilidad o derecho a la Parte A de Medicare. Al final del período de 18 meses, Medicare llega a ser su pagador primario.

### **Si Usted Tiene Protección De Servicio De Salud De Otros Planes**

---

**Si tiene protección de los Programas de CHAMPUS o CHAMPVA**, sus beneficios de salud pueden cambiar o terminar cuando usted llegue a ser elegible para Medicare. Debe comunicarse con el Departamento de Defensa o un consejero de beneficios de salud militar para información, antes de decidir si debe inscribirse en el seguro médico de Medicare o no.

**Si tiene protección de cuidado de salud del Servicio De Salud Indio, del Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA) o de un programa de ayuda médica de un Estado**, debe comunicarse con el personal de esas oficinas. Ellos pueden ayudarle a decidir si es ventajoso para usted tener el seguro médico de Medicare.

### **¿Preguntas?**

---

Hemos cubierto varias reglas difíciles en este capítulo. Si no está seguro si algunas le afectan o no, comuníquese con el Seguro Social para ayuda. (Pero si no está seguro sobre el tamaño del plan de salud colectivo del patrono, averigüe con la oficina de personal o el patrono.)

## Sección 7—¿Quiere Más Información?

Es difícil resumir un programa tan complicado como Medicare en un solo folleto. Si tiene otras preguntas acerca de Medicare, favor de comunicarse con el Seguro Social.

Puede obtener más información 24 horas al día llamando al número de teléfono gratis de Seguro Social, **1-800-772-1213**. Puede hablar con un representante de servicio entre las horas de 7 a.m. y 7 p.m. de lunes a viernes. Nuestras líneas telefónicas están más ocupadas durante el principio de la semana y del mes. Por eso, si su asunto puede esperar sería mejor que llamara en otro momento. Cuando llame, tenga a mano su número de Seguro Social.

Si tiene un teléfono de botones, información y servicios grabados están disponibles 24 horas al día incluyendo los fines de semana y días festivos. También puede conseguir información sobre Seguro Social a través del Internet. La dirección del Internet para tener acceso a más información es: <http://www.ssa.gov>

Las personas con impedimento auditivo pueden llamar a nuestro número gratis de “TTY”, 1-800-325-0778, entre las 7 a.m. y 7 p.m. de lunes a viernes.

La Administración de Seguro Social trata todas las llamadas confidencialmente—tanto las que se hacen al número gratis como las que se hacen a nuestras oficinas. Por esa razón si le pide a alguien que llame a nuestra oficina para discutir sus asuntos personales, usted necesita estar con esa persona para poder verificar que usted quiere que le ayude. Nuestro representante le pedirá su permiso para discutir sus asuntos de Seguro Social con esa persona. También queremos asegurarnos de que usted reciba un servicio correcto y cortés. Por eso un segundo representante de Seguro Social escucha algunas llamadas telefónicas.

## Otras Publicaciones Disponibles

La Administración de Seguro Social publica muchas otras publicaciones y hojas informativas que contienen información

acerca de otros programas de Seguro Social. Usted puede obtener una copia gratis de cualquiera de estas publicaciones de su oficina de Seguro Social. A continuación encontrará una lista de las publicaciones que tenemos disponibles:

- *Seguro Social —Comprendiendo los Beneficios* (Publicación Núm. 05-10924)—Una explicación extensa de todos los programas de Seguro Social.
- *Seguro Social —Beneficios de Jubilación* (Publicación Núm. 05-10935)—Una guía de los beneficios de Seguro Social por jubilación
- *Seguro Social —Beneficios de Incapacidad* (Publicación Núm. 05-10935)—Una guía de los beneficios de Seguro Social por incapacidad.
- *Seguro Social —Beneficios de Sobrevivientes* (Publicación Núm. 05-10984)—Una guía de los beneficios de Seguro Social para sobrevivientes.
- *Seguro Social —Beneficios de SSI* (Publicación Núm. 05-10926)—Una guía del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario.

Además de *Su Manual de Medicare*, la Administración para el Financiamiento del Cuidado de Salud publica varios folletos de interés para los beneficiarios de Medicare. Algunos de ellos son:

- *Guía de Seguros para Personas con Medicare* (Publicación Núm. 518-Y)—Una guía que explica cómo un seguro de salud privado puede complementar su Medicare y algunas sugerencias para personas que desean complementar con un seguro privado.
- *Medicare and Managed Care* (Publicación de HCFA Núm. 02195)—Una guía sobre la Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO) y otros tipos de planes pagados de antemano.

Estas publicaciones están disponibles en cualquier oficina de Seguro Social o puede escribir a Medicare Publications, Health Care Financing Administration, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**Social Security Administration**

SSA Publication No. 05-10943

(Medicare)

July 1997 (*September 1996 edition may be used*)

ICN 485500

Unit of Issue—HD (one hundred)



**Impreso en papel reciclado**